

令和7年度寒河江市こどもインフルエンザ予防接種助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、疾病の発生を予防し、もって市民の健康増進を図ることを目的として、予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づくインフルエンザの予防接種（以下「任意予防接種」という。）の実施に要する費用の一部を助成することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 助成の対象となる者は、任意予防接種を受ける日（以下「接種日」という。）において、市の住民基本台帳に記録されている者で、平成19年4月2日以降に生まれ、かつ、接種日において満1歳以上のものとする。

(接種の実施)

第3条 任意予防接種は、市長が任意予防接種の実施を委託する医療機関（以下「指定医療機関」という。）で実施する。

(接種の手続)

第4条 任意予防接種を受けようとする者は、指定医療機関に事前に予約を行い、母子健康手帳及び個人番号カード又は資格確認書を持参の上、寒河江市こどもインフルエンザワクチン予防接種予診票（様式第1号）（以下「予診票」という。）に必要事項を記入し、当該指定医療機関に提出しなければならない。

(助成額等)

第5条 助成額は、任意予防接種に要する費用の額と2,000円のいずれか低い額（以下「市負担額」という。）とし、助成を受けることのできる回数は、1回のみとする。

2 任意予防接種を受けた者又はその保護者（親権を行う者又は後見人である者をいう。）は、当該任意予防接種に要した費用の額から市負担額を差し引いた額

を指定医療機関に支払わなければならない。

3 任意予防接種を実施した指定医療機関は、接種証明として、母子健康手帳への記載又はインフルエンザ予防接種済証（様式第2号）の交付を行わなければならない。

4 任意予防接種を実施した指定医療機関は、毎月10日までに当該月の前月に実施した任意予防接種に係る委託料について、予防接種業務委託料請求書（様式第3号）に予診票を添付して市長に提出し、請求するものとする。

（事業の周知）

第6条 市長は、任意予防接種及び本事業の実施について、市広報紙、市ホームページ等により市民への周知を図るものとする。

（健康被害及び損害賠償）

第7条 市長は、任意予防接種に起因する事故により健康被害が発生した場合は、寒河江市予防接種事故災害補償規程（平成29年市告示第13号）の定めるところにより、補償を行うものとする。

2 市長は、前項の規定にかかわらず、事故が指定医療機関の故意又は重大な過失により発生した場合は、前項の補償を当該指定医療機関に求償するものとする。

（連絡協議）

第8条 市は、任意予防接種を円滑に実施するため、指定医療機関と相互に連絡し合い、必要な場合は協議するものとする。

（委任）

第9条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和7年10月1日から施行する。

寒河江市こどもインフルエンザワクチン予防接種予診票（注射・点鼻）

太枠内に必要事項をボールペンでご記入ください。

診察前の体温

度分

住 所	寒河江市			
ふりがな 受ける人の氏名		男 ・	生 年 月 日	平成・令和 年 月 日生 (満 歳 カ月)
保護者の氏名		女	☎	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日のインフルエンザ予防接種について裏面の説明書を読みましたか。	は い	いいえ	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今年度1回目ですか。 ※「いいえ」の場合に記入してください。（ 回目、前回の接種は 月 日）	は い	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	は い	いいえ	
分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	は い	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病 名（ ）	は い	いいえ	
治療（投薬など）を受けていますか。	は い	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	は い	いいえ	
これまでに重度の喘息などの呼吸器疾患と診断されたことがありますか。 ※「はい」の場合に記入してください。（ 年 月頃）	は い	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。（ ）	は い	いいえ	
薬や食品（ゼラチン・鶏卵・鶏肉など）で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか。	は い	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか ②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか	は い は い は い	いいえ いいえ いいえ	
近親者に予防接種を受けて、具合の悪くなった方はいますか。	は い	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	は い	いいえ	
1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘（水ぼうそう）、おたふくかぜにかかった方はいますか。	は い	いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	は い	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ）	は い	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病 名（ ）	は い	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	は い	いいえ	
1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病 名（ ）	は い	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	は い	いいえ	

医 師 記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（ 可能 ・ 見合わせる ） 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに（ 同意します・同意しません ）※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 保護者自署	
私は都合により同伴できないため、上記のことについて代理人【氏名： 関係： 】に委任します。 令和 年 月 日 保護者自署	

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	<input type="checkbox"/> 皮下注射 <input type="checkbox"/> 点鼻 m l	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

No	<u>インフルエンザ予防接種済証</u>		
	住 所	寒河江市	
	氏 名		
		年	月 日生
予防接種実施年月日		年	月 日
予防接種済証交付年月日		年	月 日
山形県寒河江市 委託医			
住 所			
医療機関・施設名			
医 師 名			

備考 1 この用紙は、日本産業規格 A 列 4 判とすること。

令和 年 月 日

予防接種業務委託料請求書

寒河江市長 様

住 所

医療機関・施設名

代表者職氏名 印

（電話番号： — — ）

令和 年 月分の委託業務が完了したので、予防接種業務委託契約に基づき、
令和 年 月分の委託料を請求します。

請求金額 ￥ (消費税を含む。)

(内 訳)

予防接種の種類	単 価	件 数	金 額
インフルエンザワクチン	2, 0 0 0 円		円

					債権者番号					
口座振替（送金）払い依頼										
振替先	フリガナ					フリガナ				
	金融機関名					本・支店名		本店・支店		
	金融機関コード					店番号				
	フリガナ									
	口座名義									
	口座種別		普通・当座・その他（ ）							
	口座番号									

(以下は市町村で記入)

寒河江市長 様

上記のとおり完了したことを証明します。